

AVENANT A L'ACCORD CADRE DU 27 FEVRIER 2001 INSTITUANT DES GARANTIES COLLECTIVES
« DECES-INCAPACITE-INVALIDITE » ET REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX DANS LE
GROUPE ORANGE

Entre les soussignés

- Les sociétés du Groupe Orange adhérant à l'accord cadre du 27 février 2001, figurant à l'annexe 1, représentées par Monsieur Bruno Mettling, agissant en sa qualité, Directeur Général Adjoint du Groupe, en charge des Ressources Humaines

d'une part,

- Les organisations syndicales représentatives dans les sociétés du Groupe

o Le syndicat CFDT-F3C représenté par *Jean-Bernard BERTHELIN*, dûment mandaté-e à cet effet,

o Le syndicat CFE-CGC représenté par *Luc Cabanis*, dûment mandaté-e à cet effet,

o Le syndicat CGT-FAPT représenté par _____, dûment mandaté-e à cet effet,

o Le syndicat FO-COM représenté par *Martine Gillet*, dûment mandaté-e à cet effet,

o Le syndicat SUD-PTT représenté par *Soumit Abid*, dûment mandaté-e à cet effet,

d'autre part.

JSD
1
MS
AS

APRES AVOIR RAPPELE QUE :

L'accord cadre conclu le 27 février 2001 et ses avenants des 29 avril 2005, 11 avril 2006, 25 novembre 2008, 2 décembre 2009, 4 novembre 2011 et 4 décembre 2013, régissent, au sein des sociétés du Groupe Orange mentionnées en annexe 1, les régimes collectifs et obligatoires « décès-incapacité-invalidité » et remboursement de frais médicaux. Cet accord cadre a fixé les principales caractéristiques de ces régimes (notamment les taux de cotisations et, s'agissant des frais médicaux, condition d'ancienneté et dispenses d'affiliation) et les conditions dans lesquelles les sociétés du Groupe Orange peuvent y adhérer.

Compte tenu des dispositions de la Loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 portant notamment sur la généralisation d'une couverture complémentaire santé pour tous les salariés à effet du 1^{er} janvier 2016, ~~ainsi que de la réforme des « contrats responsables » tels que régie par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et à la lumière des préconisations de la circulaire Acoss du 12 août 2015, une~~ révision du dispositif de remboursement de frais médicaux est nécessaire.

La modification de l'accord implique de renoncer au bénéfice de la période transitoire, telle que régie par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui permet d'appliquer temporairement l'ancien cahier des charges des « contrats responsables » au-delà du 1^{er} janvier 2016. Le nouveau cahier des charges issu du décret n° 2014-1374 du 18/11/2014 doit donc être appliqué à cette date afin de conserver le bénéfice du traitement fiscal et social favorable du financement (taux réduit de taxe de solidarité additionnelle (anciennement taxe spéciale sur les conventions d'assurance), déductibilité fiscale du financement salarial et exonération de charges sociales du financement patronal - nonobstant le forfait social).

La commission de suivi mentionnée à l'article 9.2 de l'accord du 27 février 2001, a été informée sur l'évolution de cet environnement juridique et des mesures qu'elle implique, au cours d'une réunion qui s'est tenue le 15 octobre 2015.

A la suite de cette information, des négociations ont été engagées avec les organisations syndicales représentatives au niveau du Groupe Orange, dans les conditions prévues aux articles L.911-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et L.2232-30 et suivants du Code du travail.

Dans le cadre de ces négociations, il est apparu nécessaire :

- de supprimer le principe de la condition d'ancienneté prévue par l'accord cadre au titre du régime remboursement de frais médicaux (articles 2 et 3 de l'avenant du 25/11/2008 et 5.1 et 7.1 de l'accord du 27/02/2001), ce qui privera automatiquement de tout effet les clauses des accords collectifs, accords référendaires et décisions unilatérales qui avaient validé une durée d'ancienneté, sans qu'il soit nécessaire de les modifier ;
- de prévoir une dispense d'adhésion pour les salariés déjà embauchés et ne bénéficiant pas du régime santé au 1^{er} janvier 2016 du fait de la condition d'ancienneté mise en place dans leur entreprise

- de réviser les modalités dans lesquelles les salariés sous contrat à durée déterminée (y compris apprentis et contrat à durée déterminée à objet défini) peuvent demander à bénéficier d'une dispense d'affiliation au régime de remboursement de frais médicaux afin d'éviter d'éventuels doublons de cotisations (article 4 de l'avenant du 25/11/2008 et chapitre 8 de l'accord du 27/02/2001) ;
- d'instaurer une faculté de dispense pour les salariés à temps partiels et les apprentis dont la cotisation serait au moins égale à 10% de leur rémunération
- de constater la mise en conformité des garanties de remboursement de frais médicaux avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables.

Les partenaires sociaux ont par conséquent décidé de compléter et de modifier l'accord cadre du 27 février 2001 et ses avenants dans les conditions suivantes :

~~IL A ETE DECIDE CE QUI SUIT EN APPLICATION DES ARTICLES L.911-I ET SUIVANTS DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE, APRES INFORMATION ET CONSULTATION DU COMITE CENTRAL D'UNITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ORANGE :~~

Article 1 :

Modification du chapitre 5

L'article 5.1 « Salariés bénéficiaires » est rédigé comme suit :

« Le présent accord concerne l'ensemble des catégories de personnel salarié de droit privé ».

Article 2 :

Modification du chapitre 7

L'article 7.1 « Mise en œuvre du régime dans les sociétés adhérentes » est rédigé comme suit :

« Le régime sera mis en œuvre dans chaque société adhérente après information et consultation préalable de leur Comité d'Entreprise respectif s'il existe, selon les procédures légales.

La répartition du financement du régime entre l'employeur et les salariés sera déterminée par un accord collectif, un accord référendaire ou une décision unilatérale du chef d'entreprise.

Les accords et décisions pourront également prévoir la constitution d'une commission de suivi de l'accord conclu au niveau du groupe, tel que défini au chapitre 2 ».

Article 3

Modification du chapitre 8

Le chapitre 8 « caractère obligatoire des affiliations » est rédigé comme suit :

« L'affiliation aux organismes assureurs visés ci-dessus est obligatoire pour tous les salariés bénéficiaires des sociétés adhérentes au régime groupe.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Toutefois, les salariés placés dans l'une des situations suivantes pourront faire valoir une demande de dispense :

1. salariés déjà présents dans l'entreprise au 31 décembre 2015 et dont la date d'affiliation au régime groupe était conditionnée par une condition d'ancienneté définie au niveau de leur entreprise et courant au-delà du 1^{er} janvier 2016 sous réserve qu'ils n'aient pas fait valoir une adhésion anticipée au régime frais santé en fournissant un certificat de radiation

Ces salariés doivent remplir et retourner la demande de dispense et apporter la preuve d'une couverture santé par une assurance individuelle.

Cette demande de dispense ne pourra aller au-delà de la date d'affiliation initialement prévue au moment de l'embauche, compte tenu de la condition d'ancienneté précédemment en vigueur.

2. salariés embauchés à travers un contrat de travail à durée déterminée quel que soit son motif, peuvent choisir de ne pas adhérer aux garanties de remboursement de frais médicaux.

A l'occasion de leur embauche, il leur sera remis une information détaillée ainsi qu'un imprimé qui leur permettra de faire savoir, par écrit, à la direction, leur choix concernant cette faculté de dispense d'adhésion.

A défaut de la fourniture de l'imprimé de dispense, au plus tard le jour de son embauche, le salarié est réputé avoir accepté l'adhésion.

Pour les seuls salariés sous contrat à durée déterminée de 12 mois ou plus, l'imprimé de demande de dispense devra obligatoirement être accompagné de tous documents justifiant d'une couverture santé existante par ailleurs. En cas de modification de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale sur cette dispense, la durée du CDD retenue par l'article modifié sera celle applicable au régime.

Tous les salariés, déjà recrutés au 1er janvier 2016, sous contrat à durée déterminée pour une durée inférieure à la condition d'ancienneté applicable dans leur entreprise jusqu'au 31 décembre 2015, peuvent solliciter la dispense précitée à effet du 1er janvier 2016.

3. salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties de frais médicaux les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute.

L'imprimé de demande de dispense devra être retourné à la direction.

Tous les salariés, déjà recrutés au 1er janvier 2016, qui seraient dans cette situation, peuvent solliciter la dispense précitée à effet du 1er janvier 2016.

4. salariés bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), en application de l'article L861-3 du Code de la Sécurité sociale, peuvent, sur demande, être dispensés d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux pour la durée de leur prise en charge au titre de cette couverture complémentaire.

L'imprimé de demande de dispense accompagné de l'attestation de droits à la CMU-C devra être retourné à la direction au moment du refus de l'affiliation. Le justificatif de sa situation devra être fourni chaque année ».

Article 4 : Garanties en remboursement de frais médicaux

Les garanties figurant en annexe 2 au présent avenant, mises en conformité avec le nouveau cahier des charges des « contrats responsables » remplacent à compter du 1^{er} mars 2016 les garanties de remboursement de frais médicaux décrites à l'annexe 2 de l'avenant du 4 décembre 2013 à l'accord du 27 février 2001.

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des sociétés adhérentes, y compris à ceux dont le contrat de travail est suspendu pour quelque raison que ce soit, ainsi qu'aux anciens salariés éventuellement maintenus en garanties au titre du contrat Groupe.

Article 5 : Durée, dépôt, publicité

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2016. Toutefois, pour des raisons techniques de mise en œuvre, l'application des nouvelles garanties sera effective au 1^{er} mars 2016.

Il emporte révision des stipulations de l'accord collectif cadre du 27 février 2001 et de ses avenants dans les conditions prévues ci-dessus. Les autres termes de l'accord restent inchangés.

Il pourra, à tout moment, être modifié en respectant la procédure prévue par les articles L.2261-7 et L.2261-8, ou dénoncé selon celle issue des articles L.2261-9 et suivants du Code du travail.

Conformément aux articles L.2231-6 et D.2231-2 du Code du travail, un exemplaire du présent accord sera déposé auprès de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Paris (DIRECCTE) et du secrétariat greffe du Conseil de prud'hommes de Paris.

Une version sur support électronique sera également communiquée à la DIRECCTE de Paris.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

En application des articles R.2262-1 et R.2262-2 du Code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la Direction pour sa communication avec le personnel ainsi que sur l'intranet.

Fait à Paris, le 17 décembre 2015,


Pour les sociétés du Groupe Orange ayant signé ou adhéré à l'accord du 27 février 2001,



Bruno Mettling
Directeur Général Adjoint du Groupe Orange
Directeur des Ressources Humaines

Pour les organisations syndicales,

pour la CFDT-F3C

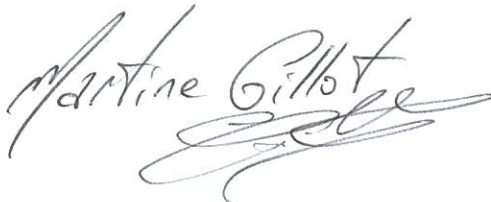
Jean-Bernard BERTHELIN 

pour la CFE-CGC

Luc Colonnaux 

pour la CGT-FAPT

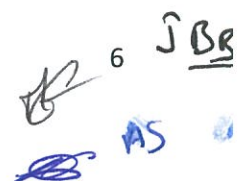
pour FO-COM

Martine Gillot 

pour SUD-PTT

Abdul Quia 

avenant accord cadre prévoyance/santé du 27/01/2001

 6 JBR
AS

Annexe 1 liste des sociétés adhérentes ainsi que des comités centraux d'entreprises, comités d'établissement et comités d'entreprises ayant la qualité de sociétés adhérentes par avenant du 29/04/2005

BUYIN
CORSICA HAUT DEBIT
EGT
EQUANT FRANCE
GIRONDE HAUT DEBIT
GLOBECAST FRANCE
GLOBECAST REPORTAGES
LANGUEDOC ROUSSILLON HAUT DEBIT
NETIA
NORDNET
ORANGE CARAIBES
ORANGE CINEMA SERIES-OCS
ORANGE LEASE
ORANGE MARINE
ORANGE PRESTATIONS TV
ORANGE PROMOTIONS
ORANGE SA
ORANGE STUDIO
SOFRECOM
SOFTATHOME
TELEFACT
VIACCESS
W-HA
CCUES FT SA ORANGE SA
CE DIRECTION ORANGE IDF
CE DIRECTION ORANGE NORD DE FRANCE
CE DIRECTION ORANGE SUD-OUEST
CE DTSI ORANGE
CE France TELECOM IMTW
CE ORANGE DIRECTION
CE ORANGE DIVISION SCE
CE ORANGE DT CENTRE EST
CE ORANGE DT NORD OUEST CENTRE
CE ORANGE DT OUEST
CE ORANGE DT SUD
CE ORANGE DT SUD EST
CE ORANGE FONCTIONS SUPPORT
CE REUNION MAYOTTE GROUPE FRANCE
CE SOFRECOM
CE VENTE MARKETING FRANCE DE FRANCE

Annexe 2

Garanties frais de santé à compter du 1 ^{er} mars 2016	
GARANTIES	Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme
Hôpital conventionné ou non conventionné	
FRAIS D'HOSPITALISATION (1)	
frais de séjour	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Honoraires médicaux et chirurgicaux	médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)
	médecins NON signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) (1)
	100% des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) / 100% du Ticket Modérateur + dépassements d'honoraires dans la limite de 156,25 % MR en 2016, puis + 125 % MR à compter de 2017
Forfait hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de 18 €/ jour
Frais de transport terrestre	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 2,5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2)
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 2 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour (2)
Parcours de soins respecté (3) et enfants de moins de 16 ans les franchises médicales (4) et la participation forfaitaire (5) ne sont pas remboursés	
FRAIS DE MALADE	
Consultation-visite - généraliste	médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)
	médecins NON signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) (1)
	100% des frais réels dans la limite de 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) / 100 % des frais réels dans la limite de 171,42 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
- spécialiste, professeur	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) / 100 % des frais réels dans la limite de 221,42 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) en 2016, puis 185,71 % MR à partir de 2017
Actes techniques, électrothérapie, radiologie	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Analyses, Auxiliaires médicaux	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Prothèses auditives	100% des frais réels dans la limite de 540% du montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)
Autres prothèses médicales, orthopédie	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Ostéodensitométrie	100% des frais réels dans la limite de 31 € par an
Pharmacie	100% des frais réels dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) (4)
Ostéopathie-chiropractie-psychologue-diététicien- sophrologues	30 € par séance dans la limite de 4 séances par an
FRAIS CURES THERMALES acceptés par la Sécurité sociale	1 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2), par jour, dans la limite de 21 jours
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Dents de devant : 500% du montant remboursé par la Sécurité Sociale dans la limite des frais réels Dents du fond : 400% du montant remboursé par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de 350 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Prothèses dentaires, orthodontie (enfant de moins de 16 ans) non remboursées par la Sécurité sociale (6)	80 % des frais réels dans la limite de : - dents de devant : 391 € - dents du fond : 310 € - orthodontie : 580 € par semestre
Implants dentaires	100% des frais réels dans la limite de 28% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par an
OPTIQUE	
Verres remboursés par la Sécurité sociale (la paire)	100 % des frais réels dans la limite de (7) : 20 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) pour les verres complexes 15 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) pour les verres moyens 8 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) pour les verres simples limitation à 2 verres par personne tous les deux ans (8) (1 équipement par an si changement de dioptrie ou pour les moins de 18 ans)
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de 15% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2)
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris lentilles jacobines	100 % des frais réels dans la limite de 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par personne et par an
Montures	100% des frais réels (moins MR) dans la limite de 150 € si l'achat est effectué dans le réseau Carte Blanche 95% des frais réels (moins MR) dans la limite de 150 € si l'achat est effectué hors réseau Carte Blanche limitation à une monture par personne tous les deux ans (8) (1 équipement par an si changement de dioptrie ou pour les moins de 18 ans)
Chirurgie réfractive	100% des frais réels dans la limite de 24% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par œil
FRAIS DE NAISSANCE/ADOPTION (y compris l'hospitalisation)	
	forfait égal à 40% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par enfant (9) à l'exclusion de tout autre remboursement

IMPORTANT : Le régime de remboursement de frais de santé est géré dans le cadre d'un "contrat responsable" et prévoit donc :

- de ne pas rembourser la participation forfaitaire pour les actes et consultations des médecins et actes de biologie médicale, ni les franchises médicales sur la pharmacie, le transport et les actes effectués par les auxiliaires médicaux ;
- Hors Parcours de soins, l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration du ticket modérateur ou du dépassement d'honoraires en cas de non passage par le médecin traitant ou de refus d'accès au dossier médical.
- une différence d'au moins 20% de la BR entre les remboursements d'honoraires des médecins ayant signé le contrat d'accès aux soins (CAS) et les médecins n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins. Dans tous les cas, la prise en charge des dépassements d'honoraires est limitée à 125% de la BR en 2016 et de 100% de la BR à partir de 2017.

(1) Sont exclus les frais de chirurgie esthétique (sauf TM)
 (2) Valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins. PMSS 2015 : 3.170 €. PMSS 2016 : non connu à ce jour
 (3) Hors parcours de soins, la prise en charge est limitée à 80% des frais réels, plafonnée à 100% du MR pour les généralistes, à 150% du MR pour les spécialistes et à 200% du MR pour les actes techniques effectués par les médecins.
 (4) Les franchises médicales fixées depuis 2008 sont de 0,5 € par boîte de médicament, 2 € par transport et soins effectués par des auxiliaires médicaux
 (5) La participation forfaitaire est fixée à 1 € depuis 2005 sur les consultations et sur les actes de radiologie et biologie
 (6) Les prothèses dentaires doivent être inscrites à la nomenclature Sécurité sociale (CCAM)
 (7) Sous réserve que les garanties exprimées en % du PMSS ne dépassent pas les plafonds fixés dans le cadre des contrats responsables, soit 320 € (paire de verres simples), 600 € (paire de verres mixtes) ou 700 € (paire de verres hypercomplexes)
 (8) 2 paires de lunettes tous les 2 ans en cas de besoin de double équipement (ex correction de la myopie et de la presbytie)
 (9) il n'est versé qu'un seul forfait par naissance
 * : quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est limitée à 125% de la BR en 2016 et à 100% en 2017

9 JBB
AS
M